

Carcinome séreux de l'ovaire. À propos d'une série de 17 cas

H. BOUMARAF, A. BACHIR, M. LHADJ MOHAND, N. CHAHER
Service d'anatomie et cytologie pathologiques, EHS Salim Zemirli El-Harrach. Alger

Introduction

Le carcinome séreux de l'ovaire (CSO) est le type histologique le plus fréquent des cancers épithéliaux de l'ovaire, caractérisé par sa présentation souvent tardive et son pronostic généralement réservé. La détermination du profil immunohistochimique des CSO permet de mieux comprendre les mécanismes moléculaires sous-jacents à leur développement et leur progression, mais aussi d'affiner le diagnostic différentiel et d'orienter les traitements. Cette étude présente une analyse rétrospective du profil immunohistochimique des carcinomes séreux de l'ovaire dans une série de cas.

Résultats

Le carcinome séreux dans notre série avec une tranche d'âge de 39 à 78 ans.

-35% de localisation gauche.

67% des cas présentaient une localisation secondaire péritonéale.

-88% des cas avaient un haut grade avec une expression aberrante de p53, associée à des mutations dans le gène TP53 dont 65 % des cas, présentent une intensité p53 >60% et 23 % une intensité de 0.

En termes de corrélations cliniques, une expression positive de p53 était associée à un haut grade et à un pronostic moins favorable.

WT-1 a été exprimé dans 100% des tumeurs, tandis que l'expression des récepteurs hormonaux (ER et PR) était faible ou absente dans la majorité des cas (80%). Le taux de prolifération cellulaire mesuré par Ki-67 était élevé dans [70%] des tumeurs, ce qui indique un potentiel prolifératif élevé et, par conséquent, un pronostic plus défavorable.

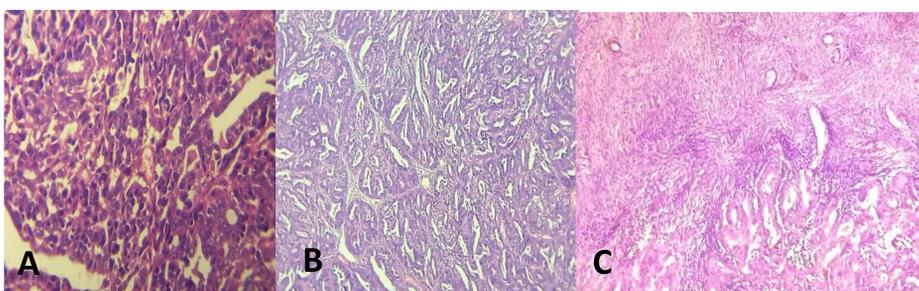


Fig 1: HE Adénocarcinome séreux ovarien. (A et B) Adénocarcinome ovarien de haut grade (Coloré par l'HE) grossissement x40. (C) Adénocarcinome ovarien de bas grade (Coloré par l'HE) grossissement x 40

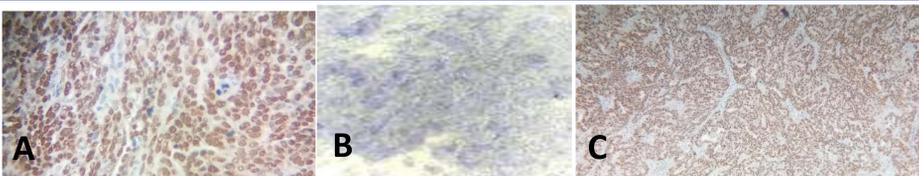


Fig 3: Une micrographie représente une coloration immunohistochimique d'un adénocarcinome séreux ovarien haut grade. (A): positivité nucléaire à l'anticorps anti-p53, grossissement x 40. (B): négativité nucléaire à l'anticorps anti-p53, grossissement x 40

Fig 4: HE X40: Une micrographie représente une coloration immunohistochimique d'un adénocarcinome séreux ovarien avec une positivité nucléaire à l'anticorps anti-Wnt1, grossissement x 40

Conclusion

Les résultats immunohistochimiques de cette série de cas montrent des caractéristiques typiques du CSO, notamment une expression élevée de p53 et une faible expression des récepteurs hormonaux.

Ces résultats confirment le rôle central de TP53 dans la pathogenèse du CSO et soulignent l'importance de l'immunohistochimie dans le diagnostic et l'évaluation pronostique. La compréhension approfondie de ces biomarqueurs pourrait aider à la mise en place de thérapies ciblées et à une meilleure gestion clinique des patientes.

Matériel et méthode

L'étude est rétrospective réalisée sur 17 patientes atteintes d'un carcinome séreux de l'ovaire mené à notre service entre 2021-2023.

Discussion

Le carcinome séreux, forme la plus fréquente des carcinomes épithéliaux de l'ovaire, se caractérise par son agressivité et son diagnostic souvent tardif. Dans notre série, l'âge des patientes (39 à 78 ans) est en accord avec les données de la littérature, qui rapportent une prédominance chez les femmes ménopausées, bien que des cas plus précoces puissent survenir.

La prédominance de la localisation ovarienne gauche (35 %) ne semble pas significative en soi, mais l'atteinte péritonéale secondaire, observée dans 67 % des cas, reflète le caractère disséminatif précoce de ce type tumoral. Cette atteinte est classiquement associée à un stade avancé au moment du diagnostic, contribuant au mauvais pronostic global.

Sur le plan histologique, la prédominance des tumeurs de haut grade (88 %) et la fréquence élevée de mutations de TP53, avec une expression aberrante de la protéine p53, confirment l'agressivité intrinsèque du carcinome séreux de haut grade. Nos résultats sont en concordance avec les données du *The Cancer Genome Atlas (TCGA)*, qui indiquent que plus de 95 % des carcinomes séreux de haut grade présentent une mutation de TP53. L'expression positive de p53, retrouvée chez 65 % de nos patientes avec une forte intensité, est généralement associée à une mutation de type "gain de fonction", tandis que l'absence totale d'expression (23 %) suggère une mutation de type "perte de fonction". Ces altérations sont fortement corrélées à un haut grade et à un pronostic péjoratif, comme le confirment nos observations.

L'expression universelle de WT-1 dans notre cohorte (100 %) renforce son rôle en tant que marqueur diagnostique clé du carcinome séreux, en particulier pour le différencier d'autres types histologiques, notamment les métastases d'origine digestive. L'expression faible ou absente des récepteurs hormonaux (ER et PR) dans 80 % des cas souligne l'intérêt limité des thérapies hormonales dans cette entité tumorale.

Enfin, l'index de prolifération élevé (Ki-67 ≥70 %) dans la majorité des cas indique une activité mitotique importante, contribuant également au mauvais pronostic. Ce paramètre pourrait être utile non seulement pour l'évaluation pronostique, mais aussi dans l'orientation vers des stratégies thérapeutiques ciblant la prolifération cellulaire.

En résumé, notre étude confirme les caractéristiques classiques du carcinome séreux de haut grade : un profil moléculaire dominé par les mutations de TP53, une prolifération élevée, et une expression typique de WT-1. Ces éléments doivent être intégrés dans une approche multidisciplinaire pour une meilleure stratification pronostique et thérapeutique.

Références

- WHO Classification of Tumours Editorial Board. *Female Genital Tumours*, 5th ed. Lyon: IARC; 2020
- Kotsopoulos J, Rosen B, Fan I, et al. Expression of p53 and prognosis in serous ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clin Cancer Res*. 2010;16(18):4844–4853.
- Köbel M, Kalloger SE, Huntsman DG, et al. Differences in tumor type in low-grade and high-grade serous ovarian carcinoma: implications for pathogenesis and therapy. *J Pathol*. 2010;220(3):391–401.